

тогда как данные спирографии и пикфлоуметрии не отражают его.

Выводы

1. Метод КД является объективным, неинвазивным, экономичным, достаточно простым и доступным для всех социальных групп населения, в том числе для проведения скрининга на промышленных предприятиях, в профилактических осмотрах с целью диагностики БОС у больных ХОБ. Метод КД имеет преимущество перед пикфлоуметрией и спирографией при выявлении длительной бронхообструкции у курильщиков, что позволяет формировать группу риска по развитию ХОБ.
2. Установлено, что у здоровых людей функция F1 характеризует мышечный тонус бронхов в режиме 6 и графически выражена: R-ветвь направлена вверх, не образует "полок", находится в "физиологическом коридоре" от 0,3–0,4 до 1 усл. ед., L-ветвь направлена вниз в сегментах C₁₋₈ и Th₁₋₂.
3. Разработаны диагностические КД-критерии БОС у больных ХОБ: R(F1)-ветвь направлена вниз в виде "полки" и имеет значение в зависимости от степени тяжести ХОБ от 1,2 до 7,3 усл. ед., размах между ветвями R и L — от 0,3 до 4,8 усл. ед., "полка" захватывает от 3 до 11 сегментов, L(F1)-ветвь направлена вверх в сегментах C₁₋₈ и Th₁₋₂.
4. Метод КД можно использовать параллельно со спирографией и пикфлоуметрией в оценке степени

обратимости обструкции бронхов у больных ХОБ, подборе бронходилатирующей терапии, как чувствительный и объективный метод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виницкая Р.С., Стручков П.В. Пикфлоуметрия в тактике лечения больных бронхиальной астмой. Рос. мед. журн. 1997; 1: 30–33.
2. Голуб Н.И. Влияние курения на состояние иммунитета и антипротеазную защиту. Тер. арх. 1996; 1: 64–66.
3. Гриппи М.А. Патофизиология легких: Пер. с англ. Ю.М. Шапкaiца; под ред. Ю.В.Наточина. М.: ЗАО Изд-во "Бином"; СПб: Невский диалект; 1999.
4. Липкин Ю.Г. Исследование метода компьютерной дермографии в клинике заболеваний органов дыхания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1993.
5. Овчаренко С.И. Хронические обструктивные болезни легких: современный взгляд на проблему. Врач 2001; 11: 3–7.
6. Пономарев Ю.В. Применение компьютерной дермографии для диагностики острых хирургических заболеваний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток; 1993.
7. А. с. № 153 1993, СССР. Способ определения поражений внутренних органов человека / Соломонов В.Г., Шабанов Г.А., Рыбченко А.А., Пономарев Ю.В. Бюл. изобрет. и открытий 1989; 48: 37.
8. Чучалин А.Г. Болезни курящего человека. Тер. арх. 1998; 3: 5–13.
9. Rybchenko A.A., Fominykh M.V. The significance of computerized dermography method in diagnosing and predicting the course of pyelonephritis in children. In: The Third International symposium of the Japan–Russia medical exchange. Osaka; 1995. 36.
10. Rybchenko A.A., Shabanov G.A., Panurin V.N. Conception of health monitoring bases on computer dermatography. Ibid. 37.

Поступила 15.04.02

© БОНДАРЕВ А.В., ЗАРИПОВ Р.А., 2003

УДК [616.233+616.24]–073.75

А.В.Бондарев, Р.А.Зарипов

ОПЫТ СИНДРОМНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕНТГЕНОБРОНХОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань

AN EXPERIENCE OF SYNDROME DIAGNOSTICS OF RESPIRATORY DISEASES IN A RADIOLOGICAL-AND-BRONCHOLOGICAL ROOM

A.V.Bondarev, R.A.Zaripov

Summary

A radiological-and-bronchological room at the Republican clinical hospital was opened 18 years ago. The last 10 years when fibrobronchoscopy has become available we performed bronchological examination for 14,646 patients: 1003 of them received therapeutic peripheral bronchial catheterization, bronchographic procedure under a local anesthesia was made in 6819 patients and that under narcosis was done in 372 patients. Based on this experience we concluded that morphological validation of pulmonary diagnosis should become an inalienable part of the diagnostic work-up. The bronchoscopy should be available and be included into a necessary clinical examination of a pulmonary patient. This allows not only detection of malignant lesions but also revelation of respiratory tuberculosis more often than in a specialized institution. Besides the broncho-

scopic rooms, organization of regional radiological-and-bronchological centres or rooms based on several regional hospitals is reasonable. If a doctor is informed of medical facilities' equipment and indications for an invasive diagnostic method and is aware of a danger of long-term observation of patients with uncertain diagnosis and test therapy he can create the optimal and economically beneficial diagnostic algorithm for any patient.

Резюме

Рентгенобронхологический кабинет Республиканской клинической больницы начал работать 18 лет назад. За последние 10 лет, когда стало возможным проведение фибробронхоскопии, нами проведено бронхологическое обследование 14 646 больным, у 1003 это были лечебные катетеризации периферических бронхов, у 6819 выполнены бронхографии под местной анестезией, у 372 — под наркозом. На основании опыта этой работы сделан вывод о том, что морфологическая верификация диагноза легочной патологии должна стать неотъемлемой частью диагностического процесса. Бронхологическое исследование должно быть доступным и войти в клинический минимум обследования легочного больного. Это позволяет не только выявить злокачественные изменения, но и чаще, чем в специализированном учреждении, выявлять туберкулез дыхательных путей. Кроме бронхоскопических, рационально создание региональных рентгенобронхологических центров (кабинетов) на базе нескольких районных больниц. Располагая информацией об оснащенности медицинских учреждений, зная опасности длительного наблюдения в динамике диагностически "неясных" больных и "тест-терапии", будучи информированными о роли того или иного метода инвазивной диагностики, уже при первичном осмотре можно определить оптимальный и выгодный с экономической точки зрения для конкретного больного алгоритм обследования.

Болезни органов дыхания занимают 1-е место в структуре заболеваемости и 4-е место в структуре смертности населения Российской Федерации.

По нашему мнению, все заболевания органов дыхания в зависимости от возможности оказания лечебной помощи на современном этапе развития практической медицины можно разделить на несколько групп:

- онкологические заболевания;
- воспалительные заболевания;
- обструктивные заболевания (разной этиологии, чаще всего — воспалительной);
- гранулематозные заболевания (так называемые диффузные инфильтративные заболевания легких);
- прочие, к которым можно отнести изменения в легких при системных поражениях.

Каждая группа требует, как правило, морфологической верификации диагноза и имеет свои принципиальные особенности лечебной тактики. Например, при злокачественных новообразованиях для выбора между лучевой и химиотерапией или хирургическим лечением требуется не только установление факта злокачественного роста, но и клеточной формы опухоли и степени ее дифференцировки. При воспалительных заболеваниях легких принципиально важным является выделение специфических (туберкулезных и иных) воспалений, идентификация бактериального агента и установления его чувствительности к антибактериальным и антисептическим препаратам. При диффузных инфильтративных заболеваниях легких непременно возникает вопрос о необходимости применении гормональных препаратов. Хотя морфологическая верификация таких заболеваний в настоящее время затруднена, но без предварительного исключения злокачественного и специфического воспали-

тельного поражения дальнейшая активная терапия не возможна. Даже при явной клинике легочной обструкции следует сначала исключить органические причины бронхоспазма.

Органы дыхания анатомически благоприятны для изучения при просвечивании рентгеновскими лучами. Рентгенологическая картина легочной патологии изучена достаточно подробно. Однако необходимо помнить, что это прежде всего теневая картина. Это относится и к рентгеновской компьютерной томографии, которая, являясь последним достижением науки, во многих случаях не стала последним этапом диагностического процесса. Заболевание бронхолегочной системы можно считать верифицированным только при микроскопическом морфологическом изучении ее пораженного участка или биопсийного материала (аспирата, пунктата, скарификата, отпечатка), полученного из активной зоны поражения. Существуют два пути получения такого материала — трансбронхиальный и трансторакальный. Приоритет, несомненно, принадлежит первому из них, потому что большинство заболеваний органов дыхания связаны с бронхиальным деревом. До 95% онкологических заболеваний являются бронхогенными, поэтому доступ через бронхиальное дерево является самым естественным, поскольку не связан с нарушением кожных покровов и выраженными болевыми ощущениями. Кроме того, не следует недооценивать возможности одновременного проведения эндобронхиальных лечебных мероприятий. Трансторакальный путь (диагностические пункции под рентгенологическим или торакоскопическим контролем) предоставляет широкие возможности получения материала для морфологической верификации, но он технически более сложен и требует обязательной госпитали-

зации больного. К тому же трансторакальная пункционная биопсия, особенно выполненная "слепым" методом, сопряжена с высоким риском повреждения жизненно важных органов и требует особой подготовки хирургов. Следует также помнить, что трансторакальное исследование при внутрилегочной локализации патологического процесса не исключает необходимости проведения эндобронхиального осмотра. В последнее время начинают играть ведущую роль трансторакальные исследования под видеоторакоскопическим контролем, но это требует более сложного и дорогостоящего оборудования. Медицинские учреждения достаточно оснащены аппаратурой для лучевой диагностики. Проведение бронхологических исследований, на наш взгляд, так же не представляет технических трудностей. Рентгеновская и эндоскопическая симптоматика дополняют друг друга и определяют направление диагностического процесса. Отсюда наиболее естественным, рациональным и экономически выгодным может быть сосредоточение рентгеноэндоскопических методик с диагностической и лечебной целью в руках одного специалиста. Наиболее целесообразным нам представляется это специалист по лучевой диагностике.

Синдромы, подлежащие верификации заболеваний, делятся на клинические (кашель, выделения из бронхов, нарушение внешнего дыхания, нарушения терморегуляции) и рентгенологические (затенения и просветления). Первыми бронхоскопическому контролю, безусловно, следует подвергать больных с кровохарканьем, длительным непродуктивным кашлем, с немотивированной внезапно возникшей одышкой.

Рентгенологическую симптоматику можно представить уплотнениями (инфильтрат, ателектаз, локальный пневмосклероз, периферическое новообразование, диссеминация) и просветлениями (деструкция легочной ткани, распадающаяся опухоль, ретростенотический деструктивный пульмонит) [1]. Больных с такой симптоматикой можно разделить на следующие группы:

1. Впервые заболевшие:

- с типичной клиникорентгенологической картиной (а),
- с клиникорентгенологическими несоответствиями.

2. Повторно заболевшие с локализацией патологии в том же отделе бронхолегочной системы.

3. Хронические больные (давно и часто болеющие):

- обследованные ранее с достоверным диагнозом (а),
- не обследованные в специализированном учреждении.

4. Выявленные при профилактической флюорографии.

5. Госпитализированные (стационарные) легочные больные:

- с положительным эффектом от проводимого лечения (а),
- с осложнениями в процессе лечения.

6. Прочие больные с внелегочной патологией, диагноз которой не удастся достоверно установить. Среди этих больных, по нашему убеждению, в

бронхологическом обследовании нуждаются все, кроме подгрупп, обозначенных буквой а. Причем детальная скиалогическая картина патологии значения не имеет.

Следует признать, что существующая практика отличается от осуществляемого нами подхода.

По данным амбулаторно-поликлинического кабинета Санкт-Петербургского центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии на базе ГМПБ № 2, необходимость в дополнительных диагностических исследованиях возникала меньше чем в 50% наблюдений. Наиболее востребованным оказалось рентгенотомографическое исследование (22–41% больных). Исследование функции внешнего дыхания выполнялось в 17,1–31% наблюдений. Необходимость выполнения компьютерной томографии возникла в 1,8–3,6% случаев. Фибробронхоскопия оказалась востребованной процедурой на амбулаторном этапе в 3,8–9,4% случаев [3].

При нашем подходе к диагностике томографическому обследованию отводится второстепенная роль. На компьютерную томографию мы направляем больных с патологией средостения после проведения обзорной бронхоскопии и исключения бронхогенного генеза поражения, а также если после проведения комплексного бронхологического обследования диагноз не был поставлен и больному предстоит торако-скопическая диагностика.

Рентгенобронхологический кабинет Республиканской клинической больницы начал работать 18 лет назад. За последние 10 лет, когда стало возможным проведение фибробронхоскопии, нами проведено бронхологическое обследование 14 646 больных, у 1003 это были лечебные катетеризации периферических бронхов, у 6819 выполнены бронхографии под местной анестезией, у 372 — под наркозом.

У 894 больных с легочными нагноениями и нарушением дренирующей функции бронхов были установлены с лечебной целью трансбронхиальные микроирригаторы в гнойные полости легких.

Было выполнено 12 296 бронхофиброскопий, из них 5157 в составе комплексного бронхологического исследования, а также 951 бронхоскопия под наркозом ригидным бронхоскопом. Обследовались как стационарные больные, так из Республиканской поликлиники. Оказывалась консультативная и лечебная помощь больным стационаров и специализированных диспансеров.

Диагностический процесс включает изучение рентгенологической картины органов дыхания, выполнение на этой основе с учетом клинических проявлений бронхоскопии со взятием патологического материала на цитологическое исследование. Бронхография является фактически продолжением бронхоскопии в изучении периферических бронхиальных ветвей, недоступных фиброскопу из-за их калибра и количества.

По мере накопления опыта мы расширяли показания и суживали противопоказания для бронхологи-

ческого обследования, в том числе и в амбулаторных условиях, и пришли к пониманию, что существующие предубеждения и опасения такого обследования преувеличены. Осложнения, связанные с анестезией и техникой проведения исследования, мы наблюдали лишь в первые годы работы.

Следует признаться, что за последние 10 лет у нас был 1 случай смерти больного с центральным раком легкого с прорастанием в промежуточный бронх и легочную артерию от профузного легочного кровотечения после окончания фибробронхоскопии. Исследование было проведено всего через день после прекращения недельного кровохарканья. Рентгенологически тень опухоли сливалась со средостением, перекрывалась тенью корня и ее размеры и протяженность были недооценены.

Современные методы анестезии с использованием лидокаина делают фибробронхоскопию достаточно безопасным методом диагностики, практически не имеющим у взрослых возрастных противопоказаний, который может выполняться в амбулаторных условиях.

Одномоментность комплексного исследования сэкономила время обследования, трудозатраты, расходный материал, щадила психику больного, позволяла получить максимальную и взаимодополняющую информацию.

Эндоскопический осмотр позволял не только оценить состояние слизистой бронхов, санировать бронхиальное дерево, но и провести более углубленную анестезию, необходимую для биопсии и контрастирования бронхов.

Диагностическое зондирование периферических бронхов, выполненное через инструментальный канал фибробронхоскопа или через управляемый транснототрахеобронхиальный катетер при полипозиционном рентгеновском контроле, позволило достаточно достоверно подойти к любому внутрилегочному патологическому очагу с целью получения материала для цитологического исследования.

Контрастирование бронхиального дерева следует принимать во внимание только направленное, селективное, с введением контрастной массы под дозированным давлением. Бронхография дает возможность прежде всего уточнить правильность проведения диагностического зондирования патологических очагов в легких, а также выявить симптомы перибронхиальных форм рака легких. В качестве контрастной массы рационально использовать смесь органических солей иода с сульфаниламидами, заваренную на паровой бане с крахмалом для повышения вязкости.

При легочных нагноениях контрастирование бронха, дренирующего гнойную полость, определяет возможность введения в просвет последней трансбронхиального микроирригатора. Удобно вводить ирригатор по следам контрастной массы в бронхах после ее откашливания. Если в просвет полости пройти не удается, тогда по бронхографической картине можно выбрать ближайший к ней бронх для внутрибронхиального вливания лекарственных препаратов.

Контрастно-лекарственная смесь, содержащая сульфаниламиды, обладает выраженным противовоспалительным действием и часто приводит к восстановлению бронхиальной проходимости уже в процессе диагностического исследования.

Сохраняет свое значение, особенно для торакальных хирургов, выявление и визуализация врожденной патологии бронхиального дерева. Не все детали взаимоотношений бронхов при бронхоэктазиях, аномальном расположении бронхов, при нераковых стенозах можно увидеть на компьютерных томограммах, а такое явление, как патологическое междолевое анастомозирование бронхов, можно обнаружить только при направленной бронхографии.

Всего, по нашим данным, лишь 40–45% больных, обратившихся к нам, нуждались в комплексном бронхологическом обследовании. Большую часть нашей работы все же составляли так называемые бронхоскопические санации. Эту процедуру у больных с уточненным и верифицированным диагнозом можно передать в общие эндоскопические кабинеты или создать для них бронхоскопические кабинеты без рентгеновского оснащения. Разделение потоков больных позволит охватить исследованиями максимальное их число.

Критерием качества и эффективности методики обследования служит прежде всего верификация злокачественных поражений бронхолегочной системы.

В нашей практике сложилась такая уникальная ситуация, когда на протяжении 14 лет мы проводили обследование двух потоков больных. Один определялся больными, направленными в поликлинику и стационар Республиканской клинической больницы, а также на консультацию из различных стационаров: больные с клиническими и рентгенологическими проявлениями различных заболеваний органов дыхания. Рак легких и доброкачественные опухоли бронхов были выявлены в 6,6% случаев. Но среди комплексных бронхологических исследований эти диагностированные и верифицированные заболевания составили 27,1%. На центральный рак легких приходилось 76% онкологической патологии.

Следует заметить, что у 36–41% больных (в разные годы), направленных к нам с подозрением на рак легких, этот диагноз был нами снят (гипердиагностика), а из выявленных нами злокачественных поражений легких от 19 до 25% заболеваний были у нас выявлены впервые (гиподиагностика).

Другой поток был составлен из больных, выявленных, как правило, после флюорографического профилактического обследования, которым была проведена бронхоскопия в условиях эндоскопического кабинета специализированного диспансера. При наличии рентгенологической патологии и заключении об отсутствии эндобронхиальной патологии они были направлены к нам на комплексное бронхологическое обследование.

Всего обследовано 2545 таких больных с разнообразными тенеобразованиями в легких. Количество больных по годам неуклонно нарастало — от 72 до

382 человек в год. Среди них в 45% случаев особенности клинико-рентгенологической картины и результаты комплексного бронхологического исследования дали основание исключить онкопатологию. Рак был верифицирован у 30,2% всех больных, причем колебания процентов по годам в течение первых 10 лет были в пределах от 20 до 27%, в последние 4 года — от 32 до 36%. В 85,5% это были мужчины, Половина которых были в возрасте от 60 до 69 лет. У 91,3% из них наблюдалась периферическая форма рака, у 3% — канцероматозная диссеминация.

У 49% больных с верифицированным диагнозом рака легких эндоскопических признаков онкопатологии в бронхиальном дереве не было обнаружено. Положительный результат у них был получен благодаря непосредственному проведению рентгеноконтрастного катетера под контролем экрана через инструментальный канал фибробронхоскопа или через управляемый катетер в зону тенеобразования (в 3% со второй попытки). Повторное исследование мы предлагали при отсутствии раковых клеток в аспирате и наличии рентгенологических признаков рака. У одного больного диагноз был верифицирован только с пятой попытки.

У 25,4% больных, используя рентгеновский контроль и селективную бронхографию для уточнения локализации периферического поражения, удалось целенаправленно провести бронхоскоп в дистальные бронхи и выявить опухолевую ткань. У 15,9% больных имелись косвенные признаки новообразований с перибронхиальным ростом, у остальных — прямые, но без цитологического подтверждения.

С учетом того что больные поступали, как правило, после консультации фтизиатра, общее число выявленного туберкулеза бронхолегочной системы составило за 20 лет 285 человек. Из них за последние 8 лет было 192 больных. Следует признать, что в 22% случаев диагноз был поставлен на основании достаточно типичной клинико-рентгенологической картины, но в остальных картина была сложной, характеризовалась отсутствием очагов обсеменения при деструктивном процесс, преобладала нижнедолевая локализация изменений, выявлялись солитарные округлые тенеобразования с волнистыми и бугристыми контурами. Заболевания протекали под самыми разнообразными клиническими масками (острый и хронический абсцесс, периферический рак, альвеолит), и правильный диагноз был установлен за короткий срок лишь благодаря бронхологическому исследованию. Почти в 80% случаев были выявлены микобактерии, в 63% — типичный для туберкулеза цитологический материал — эпителиоидные клетки, клетки Пирогова—Лангханса.

Наиболее интересной можно считать группу больных с периферическими тенеобразованиями в легких, которые наблюдались и лечились у фтизиатров от 3 до 8 мес и из-за отсутствия микобактерий в бакпосевах были направлены для дальнейшего обследования в онкоцентр. В материале, полученном

нами из зоны тенеобразования, из внутреннего пространства полостных образований были выявлены микобактерии при окраске по Цилю—Нильсену. Это были блокированные распадающиеся туберкуломы, ретенционные кисты, локальные бронхоэктазы.

В диагностическом и прогностическом аспекте в туберкулезе органов дыхания целесообразно выделить случаи с поражением воздухопроводящих путей. С одной стороны, диагностика таких изменений не возможна без использования бронхоскопии и бронхографии, с другой — поражения бронхов мешают излечению паренхиматозных изменений и приводят к необратимым осложнениям в виде фиброателектазов сегментов, долей, рубцовых стенозов крупных бронхов, бронхоэктазий и остаточных полостей в виде ложных кист.

Воспалительные изменения воздухопроводящих путей у больных туберкулезом легких различают двух типов. Неспецифический бронхит у больного туберкулезом, который имеет три варианта поражения бронхов. Умеренное хроническое неспецифическое воспаление выявляется только морфологически, по результатам биопсии. Выраженное хроническое неспецифическое воспаление и выраженный острый неспецифический бронхит с нагноением имеют свои характерные клинические и эндоскопические проявления, отличаются терапевтическими подходами.

Второй тип поражений — специфический. Он также имеет различные варианты поражения бронхов:

- параспецифическая реакция слизистой, перибронхиальные очаги воспаления выявляемые при рентгенокомпьютерной томографии;
- специфическое воспаление слизистого и подслизистого слоев бронхов с образованием гранулем;
- выраженное специфическое воспаление с очагами казеоза, с изъязвлениями слизистой и нарушением дренажной функции в виде блокирования каверн.

Каждый из перечисленных типов требует применения специальных методов лечения [2].

Вместе с тем клинически изолированный туберкулез бронхов сходен с течением широко распространенного неспецифического хронического бронхита. Клинически, рентгенологически и бронхоскопически специфические и неспецифические бронхиты неразличимы.

При бронхоскопическом исследовании нами была выявлена специфическая патология воздухопроводящих путей у 40 больных (21% всего туберкулеза органов дыхания): туберкулез трахеи с переходом на бронхи (6), поражение главных бронхов (9), долевых (11), сегментарных (5). Рубцовые стенозы с бронхоэктазиями, в том числе и с поражением слизистой (9).

По формам активный туберкулез трахеи и бронхов был представлен: инфильтративной (12), опухолевидной (19), язвенной (2) формами и рубцовым стенозом (7).

Туберкулез бронхов сочетался с гнойным бронхитом (19), атрофическим бронхитом (4), катаральный

бронхитом (16) и врожденной патологией бронхолегочной системы.

Для сравнения можно привести данные Республиканского клинического туберкулезного диспансера, где за 10 лет на 2268 бронхоскопий, выполненных преимущественно ригидным бронхоскопом, было выявлено 57 туберкулезных поражений крупных бронхов (41 — долевых бронхов, 12 — главных, остальные — поражение нескольких долевых или двусторонние).

Среди туберкулезных поражений воздухопроводящих путей наибольший интерес представляет опухолевидная (туморозная) форма. Изменения по внешнему виду мало отличаются от проявлений центрального рака. Из дифференциально-диагностических признаков мы обратили внимание на сохранение эластичности бронхиальной стенки при достаточно большой протяженности разрастаний по слизистой бронха. Иногда эти разрастания представляют дорожку от устья сегментарного бронха по направлению к трахее. Но в любом случае без цитологического исследования поставить диагноз невозможно. С другой стороны, отсутствие злокачественных клеток при картине эндобронхиальной опухоли служит сигналом необходимости повторного бронхологического исследования.

Выводы

1. Морфологическая верификация диагноза легочной патологии должна стать неотъемлемой частью диагностического процесса.

2. Бронхологическое исследование должно быть доступно и войти в клинический минимум обследования легочного больного. Это позволило бы не только выявлять злокачественные изменения, но и чаще, чем в специализированном учреждении, диагностировать туберкулез дыхательных путей.
3. Кроме бронхоскопических, рационально создание региональных рентгенобронхологических центров (кабинетов) на базе нескольких районных больниц.
4. Располагая информацией об оснащенности медицинских учреждений, зная опасности длительного динамического наблюдения диагностически "неясных" больных и "тест-терапии", будучи информированными о роли того или иного метода инвазивной диагностики уже при первичном осмотре можно определить оптимальный и выгодный с экономической точки зрения для конкретного больного алгоритм обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жигель И.П., Кудринская И.И. Клинико-рентгенологические проявления туберкулеза легких, протекающего с преимущественным поражением бронхов. Вестн. рентгенол. 1998; 1: 14–19.
2. Хоменко А.Г. (ред.) Туберкулез органов дыхания. (Руководство для врачей). М.: Медицина; 1981.
3. Яблонский П.К. Современные представления об организационных и методологических особенностях синдромной диагностики болезней органов дыхания. Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости 2000; 3 (13): 80–84.

Поступила 03.05.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.24–007–039:616.24–002

А.Л.Черняев¹, В.Ф.Матвеев², А.И.Синопальников³

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОД МАСКОЙ ПНЕВМОНИИ

¹ НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва; ² ОБКГ 1586; ³ ГИУВ МО РФ

LUNG DEFECTS DISGUISED BY PNEUMONIA IN YOUNG PEOPLE

A.L.Cherniaev, V.F.Matveev, A.I.Sinopalnikov

Summary

Lung defects are detected according to various authors' data in 0.15–50% of all lung pathologies. As a rule the defected lungs are subjected to viral and bacterial infections resulted in pneumonia at the defected field. There are a great problem to distinguish the lung defects and tissue deformations at productive inflammation areas. Our study examined 22 recruits aged 19.4 ± 0.2 yrs at the initial 6 to 8 months of their military service. All the patients have had lower-lobe pneumonia 1 to 3 yrs before their call-up. When clinically recovering after repeated pneumonia during the active service, the patients underwent bronchography revealed bronchiectasis and the lung hypoplasia. Thirteen patients were made lobectomy. The macroscopic examination of the resected lobes confirmed the lower lobe hypoplasia in all the surgically treated patients. The histological examination